

da Rocha Arrais, Alessandra; Alves Mourão, Mariana; Fragalle, Bárbara
O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto
Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 251-264
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263653022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto

The psychological prenatal program as a prevention tool for postpartum depression

Alessandra da Rocha Arrais

Doutora em Psicologia. Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Docente da Universidade Católica de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Endereço: Campus Avançado Asa Norte, SGAN 916, Módulo B, Av. W5, CEP 70790-160, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: arrais@ucb.br

Mariana Alves Mourão

Especialista em Psicologia Hospitalar. Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Endereço: SHA conjunto 6, Chácara 18F, lote 5, Arniqueiras, CEP 71996-165, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: mariana.amourao@gmail.com

Bárbara Fragalle

Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Psicóloga Hospitalar da Unimed Brasília.

Endereço: Cond. Prive I, Qd. I, Conj. K, Casa 13, Lago Norte, CEP 71539-060, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: barbarafragale@yahoo.com.br

Resumo

O pré-natal psicológico (PNP) é um novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional e do parto e da parentalidade. Pioneiro em Brasília, o programa visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos em grupo, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto (DPP). O objetivo da pesquisa foi avaliar a contribuição do PNP para prevenir a DPP. Optou-se pela metodologia da pesquisa-ação. Os instrumentos utilizados foram: perfil gestacional, perfil puerperal, sessões e materiais produzidos no PNP, Inventário Beck de Depressão, Escala de depressão pós-natal de Edimburgo questionário avaliativo e completamento de frases. Os resultados foram comparados entre cinco colaboradoras participantes do PNP (grupo intervenção) e cinco não participantes (grupo controle) e encontrou-se que entre o grupo intervenção a ocorrência dos fatores de risco superou a dos fatores de proteção e mais metade desse grupo evidenciou depressão gestacional, mas não desenvolveram a DPP. Já no grupo controle, duas colaboradoras apresentaram a DPP. Esses achados sugerem que o PNP associado a fatores de proteção presentes na história das grávidas pode ajudar a prevenir a DPP. Defende-se que a assistência psicológica na gestação, por meio da utilização do PNP, é importante instrumento psicoprotetor que deve ser implementado como uma política pública em unidades básicas de saúde, maternidades e serviços de pré-natal.

Palavras-chave: DPP; Atenção pré-natal; Profilaxia; Psicologia.

Abstract

Psychological prenatal program(PNP) is a new concept in perinatal care towards greater humanization in the gestational process, birth and parenting. Pioneer in Brasilia, the program aims to integrate pregnant women and family throughout the pregnancy and childbirth process through thematic meetings in psychotherapy groups with an emphasis on psychological preparation for parenthood and prevention of postpartum depression (PPD). The research objective was to evaluate the contribution of PNP to prevent PPD. Action-research methodology was chosen. The instruments used were: gestational profile, puerperal profile, sessions and materials produced in the PNP, Beck Depression Inventory, Edinburgh postnatal depression scale, evaluative questionnaire and completing phrases. The results were compared between five collaborating PNP participants (intervention group) and five non-participants (control group). It was found that the in intervention group the occurrence of risk factors overcame the protective factors and more than half of this group showed gestational depression, but didn't developed the PPD . In the control group, two collaborators presented the PPD. These findings suggest that the PNP associated with protective factors present in the history of pregnant women can help prevent PPD. It is argued that psychological assistance during pregnancy, through the use of PNP, is an important psychoprophylactic tool that should be implemented as a public policy at primary health care, maternity services and prenatal care.

Keywords: DPP; Prenatal Are; Prophylaxis; Psychology.

Introdução

A gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão. Ao contrário do esperado, a literatura e a prática com gestantes e puérperas nos mostram que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e baixa, encontra na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. Normalmente, nessas fases, observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer (Santos, 2001), a qual poderá ser transitória ou irá se tornar crônica caso não sejam assistidas adequadamente. Esse conhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres (Zinga e col., 2005; Maushart, 2006; Arrais e Azevedo, 2006; Tostes, 2012).

Existem três distúrbios que são característicos do período puerperal (Cantilino e col., 2010). São eles a melancolia da maternidade (*baby blues*), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal (Frizzo e Piccinini, 2005; Rosenberg, 2007). Baptista e colaboradores (2004) e Cantilino e colaboradores (2010) acrescentaram recentemente à trilogia do puerpério (Santos, 2001) outros transtornos ansiosos como a ansiedade puerperal e o distúrbio de pânico pós-parto. Apesar de não serem “reconhecidos como entidades diagnósticas específicas pelos sistemas classificatórios atuais, os transtornos mentais no puerpério apresentam peculiaridades clínicas que merecem atenção por parte de clínicos e pesquisadores” (Cantilino e col., 2010, p. 278). De modo geral, estas não são diagnosticadas nem tratadas adequadamente. Neste artigo focalizaremos apenas a DPP, por ser uma experiência vivida por muitas mulheres, por se apresentar como transtorno psíquico do ciclo gravídico puerperal de maior incidência no puerpério (Rosenberg, 2007).

Para Frizzo e Piccinini (2005) a DPP é definida como um episódio depressivo não psicótico que é classificado assim sempre que iniciado nos primeiros doze meses após o parto. Esse tipo de depressão apresenta uma incidência no Brasil de até 20% dos casos após o parto (Santos, 2001; Rosenberg,

2007), mas este índice aumenta para cerca de 30 a 40% se considerarmos as mulheres com perfil socioeconômico baixo e atendidas no SUS, segundo Lobato e colaboradores (2011). Os achados da revisão feita por estes autores sugerem que “a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto no Brasil encontra-se acima da média mundial, e próxima àquela encontrada em países similares do ponto de vista socioeconômico” (Lobato e col., 2011, p. 377).

A manifestação clínica da DPP é igual à das depressões em geral (Baptista e col., 2004): A pessoa sente uma tristeza muito grande de caráter prolongado, com perda de autoestima, perda de motivação para a vida, é incapacitante, requerendo na maioria das vezes o uso de antidepressivos (Rosenberg, 2007).

É sabido que a DPP acontece com mulheres de todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Ela pode ocorrer com mulheres que desejam muito ter um filho, bem como com aquelas que não aceitam o fato de ter engravidado (Arrais, 2005). Pode ocasionar-se no nascimento do primeiro filho, do segundo, do terceiro, ou de outros. Os autores que estudam essa temática têm posições diversas sobre o aparecimento da DPP, e a literatura não é concorde quanto a sua etiologia (Santos, 2001; Botega e Dias, 2002; Rosenberg, 2007; Zinga e col., 2005).

Compreende-se por risco os fatores ou eventos negativos que se configuram preditores, aumentando o grau de tensão, influenciando nas respostas individual ou ambiental que potencializam a vulnerabilidade do desenvolvimento de uma vida saudável do indivíduo afetando aspectos de ordem física, social e emocional (Moraes e col., 2006). Os fatores de risco da DPP são eventos ou situações já estabelecidas que propiciam o surgimento de problemas emocionais após o parto (Golse, 2002). De modo geral, Schmidt e colaboradores (2005) agrupam os riscos para a DPP em três categorias: a primeira relaciona-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda refere-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira relaciona-se às adversidades socioeconômicas.

Portanto, podem ser incluídos como fatores de risco ou fatores predisponentes para DPP: ser primípara (Rosenberg, 2007; Zinga e col., 2005);

ser mãe solteira (Harvey, 2002); conflitos e falta de apoio conjugal (Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Cruz e col., 2005; Moraes e col., 2006; Rosenberg, 2007), evento de vida estressante, como perda de emprego ou morte de familiar (Zinga e col., 2005); falta de apoio familiar e social (Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Rosenberg, 2007; Konradt e col., 2011); histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, mas principalmente a existência de episódios depressivos anteriores e durante a gravidez (Golse, 2002; Harvey, 2002; Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Zinga e col., 2005; Rosenberg, 2007). Complicações obstétricas durante a gravidez ou imediatamente pós-parto; parto traumático; parto múltiplo e prematuro, abortos anteriores, partos de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil (Harvey, 2002; Zinga e col., 2005). Arrais (2005) acrescenta ainda como fator que aumenta o risco de DPP a idealização da maternidade.

Apesar das controvérsias, a maioria dos estudos citados é concorde quanto aos fatores acima (Cantilino e col., 2010). Assim, se a mãe apresentou alguma dessas histórias, ela requer mais atenção dos familiares e profissionais de saúde desde a gestação (Botega e Dias, 2002), o que raramente é feito pelos obstetras que as acompanham no pré-natal.

Já os fatores de proteção são condições associadas às influências que podem contribuir para uma melhor resposta a determinados eventos de riscos, tendo uma visão da interatividade dos fatores e o efeito produzido da experiência estressora ou protetora vivida pela pessoa, assim, estão associados aos recursos individuais que reduzem o efeito do risco.

Nesse sentido, os fatores de proteção da DPP são medidas preventivas ou situações já estabelecidas que funcionam como proteção contra problemas emocionais no período da gravidez e do pós-parto (Golse, 2002), a saber: o apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão (Ruschi e col., 2007), suporte social (Frizzo e Piccinini, 2005), intervenção multidisciplinar logo que os sintomas sejam detectados (Schwengber e Piccinini, 2003) e um trabalho de prevenção, como o PNP (Bortoletti, 2007; Cabral e col., 2012). Também são considerados como fatores de proteção o otimismo, elevada autoestima, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade

(Cantilino e col., 2010), boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro (Frizzo e Piccinini, 2005; Arrais, 2005). O estudo de Cruz e colaboradores (2005) também observou que, quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência de DPP. Ou seja, a percepção da presença de suporte social, sobretudo do marido funciona como um protetor sobre a presença de DPP (Konradt e col., 2011).

Vale ter em mente a promoção da integridade biopsicossocial da gestante; para isso, segundo Rosenberg (2007), o trabalho de equipe é essencial. Assim, visando à proteção da mulher quanto aos problemas emocionais e outras questões relacionadas ao ciclo gravídico, são necessários programas de assistência e orientação, entre os quais são apontados os cursos para gestante e o PNP.

Para Tostes (2012) a assistência pré-natal tradicional tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da saúde pública brasileira. Acrescenta que no Brasil, a persistência de índices preocupantes como os coeficientes de mortalidades maternas e perinatal, o crescente índice de cesarianas, têm motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal com enfoque multidisciplinar; atualmente diversas especialidades estão envolvidas com a assistência à gestante. A assistência ao pré-natal tradicional caracteriza-se pelo redirecionamento, pelo cuidado com o corpo e o acompanhamento do desenvolvimento do conceito.

Ainda de acordo com Tostes (2012), quando a assistência pré-natal proporciona, além do controle biológico, continente ou base consistente para a mulher e sua família, constitui-se em fator de coesão importante, pois viabiliza o cuidado obstétrico humanizado e integral. Torna-se assim, um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e transforma a realidade vivenciada pelas mulheres durante o período da gravidez.

O pré-natal psicológico - PNP, abordagem diferenciada dos cursos de gestantes, é uma modalidade de atendimento raramente encontrada em serviços de obstetrícia. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gestacional, e do parto, e de construção da parentalidade. Pioneiro em Brasília, o programa

visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e paternidade.

Complementar ao pré-natal tradicional, tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (Cabral e col., 2012).

Essa intervenção, também denominada de psicoprofilaxia por Bortoletti (2007), justifica-se segundo Maldonado (1986) por ser preventivo em vários aspectos: modificações da identidade da gestante; acompanhar a gestação do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade; ampliar recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; e conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades. Além desses aspectos preventivos, o grupo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes, como cuidados com amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade idealizada, conforme discutida por Arrais (2005).

O principal objetivo da intervenção psicológica neste aspecto é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação/puerpério e compartilhamento da parentalidade.

Para participar do PNP, a gestante não precisa, necessariamente, estar atravessando dificuldades emocionais. Basta explicitar o interesse para cons-

truir o novo papel materno ou para aprimorar tal função de responsabilidade e complexidade, uma vez que a construção do vínculo mãe-bebê-pai demanda tempo e elaboração.

O PNP objetiva ainda proporcionar às gestantes um entrosamento com outras mulheres que comunguem sentimentos e emoções presentes nessa fase de suas vidas, favorecendo o mecanismo de identificação. Os encontros do grupo têm por finalidade acolher e dar voz a elas, informar, orientar e prepará-las para que passem por esse processo da melhor maneira possível. Para tanto, diversos temas são desenvolvidos ao longo da existência do grupo, levando-se em conta as características e necessidades deste.

Nos últimos vinte anos, houve um maior reconhecimento e identificação de fatores de risco para DPP e, em consequência, observou-se na última década um número crescente de estudos que têm explorado meios de preveni-la, utilizando estratégias psicosociais, psicofarmacológicas e hormonais, mas a influência de intervenções psicológicas no pré-natal como fator preventivo ainda é pouco explorada na literatura (Zinga e col., 2005; Cantilino e col., 2010).

Mas, a DPP pode ser prevenida? A resposta encontrada por Zinga e colaboradores (2005), em uma consistente revisão de literatura sobre o tema, tem caráter negativo. Para esses autores, a DPP ainda não pode ser prevenida, pois a revisão apontou que a maior parte das intervenções piscoeducativas e hormonais tem mostrado pouco efeito para a prevenção da DPP. Porém, estudos que se utilizaram de intervenções de enfoque psicoterapêutico, especialmente os realizados em grupo, mostraram alguns resultados promissores nos esforços para prevenir a ocorrência de depressão no pós-parto.

Diante dos fatores que envolvem esse transtorno psíquico e observada a necessidade de adaptação que uma puérpera precisa enfrentar, faz-se válida a utilização de recursos que tentem prevenir este distúrbio. O PNP se propõe a ser um desses recursos instrumentais (Cabral e col., 2012), visto ter como um de seus objetivos a preparação para a maternidade e paternidade, fase favorável à instalação de sentimentos que podem dificultar a experiência saudável do ciclo gravídico puerperal (Bortoletti, 2007).

A fim de conhecer os benefícios do PNP e avaliar

seu potencial psicoprofilático, a presente pesquisa apresentará uma comparação entre os fatores de risco e de proteção para a DPP e os níveis de DPP encontrados no puerpério em mulheres grávidas que participaram do PNP (grupo intervenção) e outras que não participaram do PNP (grupo controle), que foi oferecido pela equipe de pesquisa em um hospital particular em Brasília.

Objetivos

Objetivo geral: Avaliar o potencial preventivo do programa de PNP para a DPP.

Objetivos específicos: Avaliar a presença dos fatores de risco e de proteção para a DPP em gestantes que participaram (grupo intervenção), e as que não participaram do PNP (grupo controle); comparar os fatores de risco, proteção e a incidência da DPP nas mulheres dos dois grupos; avaliar a incidência de DPP em ambos os grupos e conhecer a avaliação das mulheres do grupo intervenção sobre o PNP e sobre as vivências no puerpério.

Método

Para que os objetivos pudessem ser atingidos, o método utilizado foi a pesquisa-ação, visto ser voltada para a descrição de situações concretas e intervenção ou ação orientada para resolução de problemas coletivos, no qual pesquisadores e participantes estão envolvidos Thiolent (1992). A pesquisa-ação é uma estratégia de investigação que visa compreender e intervir propositalmente ou intencionalmente na situação, com vista a modificá-la: “a pesquisa-ação propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que levem a um aprimoramento das práticas analisadas” (Thiolent, 1992, p. 120). Esta metodologia divide-se em três fases: Fase I: elaboração do diagnóstico da situação (levantamento dos fatores de risco e de proteção para a DPP); Fase II: Proposta de intervenção e implantação do PNP; Fase III Avaliação: Rastreamento da DPP e avaliação do PNP e vivência do puerpério. A presente pesquisa contemplou as três fases da pesquisa-ação acima descritas.

Foram colaboradoras da pesquisa 10 grávidas, com idades entre 23 e 33 anos, captadas em um servi-

ço de obstetrícia de um hospital privado de Brasília. Podiam participar da pesquisa todas as gestantes, que estivessem entre a 12^a e a 36^a semanas de gestação, e que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa, independentemente da quantidade de filhos, gestações e estado civil. Não pôde participar da pesquisa, gestante analfabeta, com algum transtorno psiquiátrico ou comprometimento cognitivo grave. As colaboradoras serão melhor caracterizadas na seção resultados e discussão deste artigo.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Perfil gestacional: ficha elaborada pela equipe de pesquisa com perguntas abertas e fechadas contendo dados sociodemográficos, história da gestação, rede social de apoio e história de gestações anteriores, procurando identificar nestes dados os fatores de risco e proteção para DPP. Aplicada nos dois grupos de pesquisa.
- Perfil puerperal: ficha elaborada pela equipe de pesquisa com perguntas abertas e fechadas contendo registros sobre o parto, o bebê e a amamentação, mudanças decorrentes do nascimento do bebê, rede social de apoio e representação de ser mãe após o nascimento, a fim de identificar a percepção das puérperas sobre a vivência do pós-parto. Aplicada nos dois grupos da pesquisa.
- Questionário avaliativo: composto por dez questões abertas e uma fechada, elaborado pela equipe de pesquisa, que buscou extrair a avaliação das colaboradoras sobre a maternidade, sobre o puerpério e sobre a participação no PNP. Importante ressaltar que as puérperas podiam responder livremente o questionário, que procurou ser o menos tendencioso possível, pois procurou conhecer tanto os seus aspectos positivos, quanto negativos, por meio de questões como: Você pode apontar algum malefício promovido pelo grupo? Qual?; Você recomendaria este grupo para outras mães? Por quê?. Aplicado apenas no grupo -intervenção
- Sessões do PNP: Foram realizados oito encontros de PNP coordenados pelas pesquisadoras, quando puderam ser trabalhados temas como: as mudanças proporcionadas pela maternidade e paternidade; desmistificação da maternidade; o bebê imaginário x bebê real; gestação/puerpério x sexualidade;

planos de parto; estados emocionais do pós-parto; cobranças sociais. Foi fornecido o espaço de escuta e utilizadas técnicas como recorte e colagem, leitura de textos sobre os temas abordados, vídeos, elaboração de desenhos por parte das colaboradoras, dentre outras técnicas projetivas. Aplicado apenas no grupo-intervenção.

- Inventário Beck de Depressão (BDI): esse instrumento é um inventário composto por 21 itens com diferentes alternativas a respeito de como o sujeito tem se sentido recentemente, os quais correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão: mínimo, leve, moderado ou grave (Beck e Steer, 1993). Aplicada nos dois grupos de pesquisa.
- Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo ou Escala COX: consiste em um instrumento avaliativo, bastante utilizado em estudos sobre DPP (Lobato e col., 2011) de autoregistro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, sintomas fisiológicos (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crises de choro). A escala tem como ponto de corte valor igual ou superior a 12 para rastreamento de DPP (Cox e Holden, 2003; Zaconeta e col., 2004; Ruschi, 2007). Aplicado nos dois grupos de pesquisa.
- Instrumento de Completamento de Frases (CF), desenvolvido por González Rey (2005), consiste na apresentação de frases escritas incompletas, para que o sujeito complete-as, a partir daquilo que primeiramente emergir em sua mente ao ler a frase em questão. No presente estudo, esse recurso instrumental consistiu de 50 frases incompletas, de conteúdo amplo e aberto para estimular a expressão livre das participantes. As frases se alternavam entre temas relacionados ao desejo, às preocupações, às aspirações, aos medos, ao trabalho, às relações sociais, conjugais e parentais, à maternidade, à DPP, à amamentação, entre outros. Foi aplicado nos grupos intervenção e controle.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília - UCB, em Abr/2011, sob o nº do parecer 085/2011. Somente após a aprovação no CEP iniciou-se a coleta de dados. Primeiramente, o projeto de pesquisa foi divulgado para as participantes dos cursos de gestantes oferecidos pelo referido hospital. A captação das colaboradoras deu-se após a realização da palestra sobre os aspectos psicológicos do ciclo gravídico-puerperal, proferida pela coordenadora da pesquisa, que também apresentou a proposta do PNP. As gestantes foram, então, convidadas a colaborar com a pesquisa, de forma voluntária. Aquelas que aceitaram colaborar com a pesquisa responderam, no final do curso de gestante, ao perfil gestacional, ao Inventário Beck de Depressão (BDI) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para realizarmos a fase 1 da pesquisa-ação: o diagnóstico dos fatores de risco e proteção para DPP. O preenchimento dos instrumentos foi efetuado de forma individual ainda na sala na qual foi realizado o curso, na presença de todos, inclusive da coordenadora da pesquisa. Após terem sido captadas, as 10 gestantes foram divididas em dois grupos de pesquisa: o grupo intervenção, composto pelas cinco gestantes que quiseram participar das sessões do PNP, e o grupo controle formado pelas cinco gestantes que não quiseram participar das sessões.

Posteriormente, ocorreu a 2^a fase da pesquisa-ação: foi implantado o PNP, que tiveram todas as suas sessões coordenadas pelas próprias pesquisadoras. Foram realizadas oito sessões semanais de grupo de PNP, no período de três meses. As pesquisadoras tinham pré-definido alguns temas que consideramos importantes contemplar no PNP, tais como amamentação, estados emocionais do pós-parto, a mistificação da maternidade, dentre outros. Contudo, o grupo era livre para trazer suas demandas relacionadas às suas próprias vivências, preocupações, medos, percepções. Desta forma os temas do encontro seguinte eram sempre definidos em conjunto com as gestantes. É importante ressaltar que a qualquer tempo a gestante poderia pedir para sair do grupo de PNP, deixando de fazer parte então como participante da pesquisa.

Por fim, ocorreu a fase 3 - avaliativa - da pesquisa-ação: à medida que os bebês foram nascendo,

foram sendo aplicados o perfil puerperal, a Escala COX e o CF para ambos os grupos (intervenção e controle) em visita domiciliar, agendadas por contato telefônico. Estas visitas foram realizadas pelas pesquisadoras. Após três meses do término do PNP, foi aplicado às colaboradoras do grupo intervenção um questionário avaliativo, em um encontro de *follow-up*, para verificar a sua percepção sobre o PNP. Quanto às colaboradoras do PNP, não houve qualquer resistência em receber as pesquisadoras nas visitas domiciliares após o parto. Porém, com relação às puérperas que não participaram do PNP, não foram todas que aceitaram a visita após o parto quando proposta em contato telefônico, sendo realizada a visita e a aplicação dos instrumentos apenas àquelas que aceitaram participar de todo o processo.

Procedimentos de análise de dados: procedeu-se a uma análise mista dos resultados. Primeiramente, foi realizada uma tabulação dos perfis gestacional e puerperal, com base na ausência ou presença de fatores de risco e proteção na gestação identificados e na vivência do pós-parto de todas as colaboradoras da pesquisa, que foram sintetizados em uma tabela (Tabela 1), para melhor visualização e discussão dos dados. Posteriormente, procedeu-se a uma análise quantitativa da BDI e COX, conforme seus respectivos manuais (Beck e Steer, 1993; Cox e Holden, 2003). A seguir, realizou-se para cada colaboradora uma análise dos aspectos emocionais e psicológicos na gestação e comparados aos níveis de DPP presentes no puerpério, a partir das características positivas e negativas identificadas no pós-parto e na Escala COX. Foram considerados apenas os fatores de risco e proteção presentes nas colaboradoras da pesquisa. Por fim, fez-se um comparativo apresentado no quadro (Quadro 2), destacando os índices de depressão antes e após o parto encontrados nos dois grupos, intervenção e controle, com objetivo de avaliar o caráter preventivo do PNP para a DPP.

Para análise qualitativa dos dados, procedeu-se à transcrição de todas as sessões do grupo de PNP, que foram organizadas e analisadas em seu conteúdo, assim como as questões abertas do perfil puerperal, do questionário avaliativo do PNP, do CF, com objetivo de conhecer a avaliação em relação ao atendimento realizado neste tipo de pré-natal.

Resultados e discussão

Caracterização das colaboradoras

A síntese dos dados de caracterização da população estudada nos grupos intervenção e controle estão apresentadas no Quadro 1.

O Quadro 1 nos mostra que as gestantes encontravam-se em diferentes trimestres da gestação, que variou da 16^a à 30^a semana no início do PNP, ou seja, encontravam-se todas no segundo ou terceiro trimestre de gravidez, não havendo nenhuma col-

aboradora da pesquisa no primeiro trimestre; todas já haviam passado pelas angústias próprias deste trimestre. Todas residiam no Distrito Federal e entorno. A maioria das colaboradoras dos dois grupos é casada ou mantém relação marital estável, e apenas uma é solteira. Todas têm pelo menos o ensino médio, sugerindo bom nível de esclarecimento e entendimento. Apenas duas do grupo-intervenção estavam desempregadas, enquanto no grupo controle, apenas duas trabalhavam fora, sendo apenas uma delas com vínculo empregatício.

Quadro 1 - Características sociodemográficas e histórico obstétrico das colaboradoras da pesquisa

	Sujeito	Escolaridade	Estado Civil	Idade Gestacional	Relação Profissional
Grupo Intervenção	P1	Superior comp.	Solteira	20 ^a sem.	Empregada
	P2	Médio Compl.	Rel. estável	16 ^a sem.	Desempregada
	P3	Superior incomp.	Casada	30 ^a sem.	Desempregada
	P4	Superior comp.	Casada	19 ^a sem.	Empregada
	P5	Superior comp.	Casada	31 ^a sem	Empregada
Grupo Controle	P6	Médio comp.	Casada	28 ^a sem.	Desempregada
	P7	Superior comp.	Casada	28 ^a sem.	Empregada
	P8	Superior comp.	Casada	21 ^a sem.	Trabalha sem vínculo
	P9	Superior Comp.	Casada	25 ^a sem.	Desempregada
	P10	Médio comp	Casada	30 ^a sem.	Desempregada

Fatores de risco e de proteção para DPP identificados

A primeira fase da pesquisa visou levantar os fatores de risco e de proteção presentes na história e vivência das colaboradoras. Para melhor visualização dos dados, a tabela 1, sintetiza e apresenta a ocorrência de cada fator para cada colaboradora do grupo-intervenção (P1, P2, P3, P4 e P5) e grupo-controle (P6, P7, P8, P9 e P10).

Com base nas respostas apresentadas nos perfil gestacional e nos relatos das duas primeiras sessões do PNP, foi possível elencar vários fatores apontados pela literatura da área. Conforme afirma Gomes e colaboradores (2010), o conhecimento desses fatores é importante para o planejamento e execução de ações preventivas, como o favorecimento de apoio emocional à família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera.

Os fatores de risco encontrados foram: ser primípara; rede de apoio social e familiar empobrecida; relacionamento conjugal insatisfatório; idealização da maternidade; ser mãe solteira; gravidez não planejada; gravidez não desejada; depressão gestacional; relação conflituosa com a mãe; condições socioeconômicas desfavoráveis; falta de apoio do pai do bebê; transtornos de humor, parto traumático e prematuridade (Golse, 2002; Harvey, 2002; Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Zinga e col., 2005; Rosenberg, 2007).

Os fatores de proteção levantados foram: ser multípara; gravidez planejada; gravidez desejada; suporte familiar; relacionamento conjugal satisfatório; apoio emocional do pai do bebê; bom relacionamento com a mãe; parto satisfatório e situação socioeconômica favorável (Frizzo e Piccinini, 2005; Arrais, 2005; Cruz e col., 2005; Cantilino e col., 2010).

Tabela 1 - Fatores de Risco e Fatores de Proteção identificados na gestação das colaboradoras da pesquisa

		Grupo-Intervenção						Grupo-Controle					
		P1	P2	P3	P4	P5	Total	P6	P7	P8	P9	P10	Total
Fatores de Risco	Primípara	X	X	X	X	X	5		X		X	X	3
	Rede de apoio empobrecida	X				X	2				X		1
	Rel. conjugal insatisfatória	X	X		X		3				X		1
	Idealização da maternidade		X		X		2	X			X	X	3
	Mãe solteira	X					1						0
	Gravidez não planejada	X		X			2		X	X			2
	Gravidez não desejada			X			1		X				1
	Depressão na gestação	X	X	X	X		4	X	X				2
	Relação conflituosa com a mãe			X			1						0
	Condições socioeconômicas desfavoráveis						0				X		1
	Falta de apoio do pai do bebê	X			X		2				X		1
	Transtornos de humor	X		X	X		3		X		X		2
	Parto traumático ou insatisfatório		X		X	X	3			X			1
	Total	8	5	6	7	3	29	2	5	2	7	2	18
Fatores de Proteção	Multípara						0	X		X			2
	Gravidez Planejada		X		X	X	3	X			X	X	3
	Gravidez Desejada	X	X		X	X	4	X		X	X	X	4
	Suporte familiar	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	5
	Rel. conjugalsatisfatória			X		X	2	X	X	X		X	4
	Apoio emocional do pai do bebê			X		X	2		X			X	2
	Bom relacionamento com a mãe		X		X	X	3		X	X	X	X	4
	Parto satisfatório	X		X			2		X		X		2
	Situação socioeconômica favorável.	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	5
	Total	4	5	5	5	7	26	6	6	6	6	7	31

Pode-se observar, na tabela 1, que a soma dos fatores de risco no grupo-intervenção (29 ocorrências) é maior se comparado ao grupo-controle (18 ocorrências). Por outro lado, os fatores de proteção do grupo-controle (31 ocorrências) superaram os do grupo-intervenção (26 ocorrências). Analisando-se apenas estes dados, pode-se supor que as colaboradoras do grupo-intervenção estariam mais vulneráveis que as do grupo-controle, portanto com maior tendência a desenvolver a DPP.

Este resultado sugere a presença de fatores de risco que levaram as colaboradoras do PNP a procurar o grupo e as demais não. Ou seja, elas buscam

o grupo quando já existe alguma demanda psicosocial, no intuito de lá encontrar um acolhimento e apoio para suas fragilidades emocionais; ainda que o grupo seja aberto para todas as gestantes e não coloque este tipo de demanda como pré-requisito para participação, o que é destacado no convite feito às gestantes: “Para participar do PNP, você não precisa estar passando por uma dificuldade emocional grave, ou crise psíquica. Basta apenas querer ajuda para construir o novo papel de mãe e/ou de pai ou aprimorar estas funções”.

Além disso, na fase da intervenção, a captação das gestantes para a participação do PNP foi um

fator dificultador para a pesquisa. Mesmo diante da divulgação, da flexibilidade no tempo por parte das pesquisadoras para a realização dos grupos, do fator da gratuidade, a procura pelo PNP foi pequena. Apenas cinco gestantes se dispuseram a participar do começo ao fim, dos oito encontros semanais, com ótima adesão. As sessões duravam cerca de duas horas e vários aspectos qualitativos da construção da maternidade destas gestantes puderam ser conhecidos.

Estes dados reforçam a ideia, apontada por Arrais (2005) e Serrurier (1993), de que as mulheres e a sociedade acreditam, ainda hoje, que a maternidade é instintiva, e isso implica um comportamento inerente, sabido e já conhecido de todas as mulheres, que não carece de preparação ou aprimoramento. Assim, a noção de instinto garante ao mesmo tempo o pressuposto de uma “natureza feminina” como “natureza materna” que seriam suficientes para dar conta de uma função social tão complexa como a maternidade. Para quê participar de um grupo de PNP, se quando o bebê nascer elas têm a “garantia” social e histórica de que elas estarão prontas e saberão o que fazer? Não é preciso se preocupar, nem se preparar, afinal, a maternidade estaria “dada/pronta” e não seria construída, lapidada aos poucos, sobretudo na interação com o filho no dia a dia.

Este é para nós um grande equívoco, disseminado social e historicamente, que leva muitas mulheres a se decepcionarem consigo mesmas como mães, com a maternidade. Como alerta Arrais (2005), “as várias mudanças impostas às mulheres após a maternidade têm na sua grande maioria um elemento surpresa de caráter negativo e decepcionante” (p. 120). No que diz respeito às exigências da maternidade, percebemos sentimentos de isolamento do convívio social (envolvendo lazer e trabalho) e dificuldades no autocuidado nas colaboradoras de ambos os grupos, que pode ser ilustrado nas seguintes respostas ao CF: *Sinto falta... do trabalho* (P8), *Sinto falta... de ir ao cinema* (P7), *Quando penso em minha carreira... vejo que devo ter paciência* (P1), *Sinto falta... dos meus amigos* (P4), *Sempre que posso... me divirto um pouco* (P2), *Sinto falta... da minha liberdade* (P3), *Sempre que posso... faço visitas às amigas* (P5), *Me*

cuido quando... não tenho me cuidado. Pretendo! (P9), *Sinto falta... de cuidar só de mim* (P10). Estas falas corroboram com o que foi apresentado na pesquisa de Arrais e Azevedo (2006) e no livro de Maushart (2006) que mostram o quanto a busca por conciliar o ideal de maternidade e o bom desempenho profissional e social contribuem para o sofrimento materno após a chegada do bebê.

Acreditamos que a DPP esteja relacionada a essa “decepção e desilusão frente ao paraíso prometido” (Arrais, 2005, p. 120). Isso que as deixa vulneráveis e próximas a DPP, que foi o que aconteceu com duas colaboradoras do grupo controle, que apresentaram sinais positivos para DPP, segundo a Escala COX, que pode ser visualizado no quadro 2, mais adiante.

Portanto, em uma perspectiva naturalizada da maternidade (Arrais, 2005; Maushart, 2006), a mãe deprimida sente-se totalmente inadequada e responsável por seu aparente insucesso, pois ela deveria saber *ser* uma boa mãe, deveria saber parir, amamentar, dar colo, cuidar, afinal ela é uma mulher e as mulheres vêm “programadas” para isto. Como ela pode não estar sabendo cuidar de seu filho? Ou não estar vendendo graça nenhuma na maternidade, ou o que é pior, não estar gostando e sentindo-se infeliz em ser mãe?

Infelizmente, só no puerpério, já com o filho nos braços é que se darão conta de que não “nasceram” sabendo “tudo”, que a maternidade não é “dada” e nem “cor-de-rosa” e que teria sido importante se preparar, desmistificar a maternidade e pedir ajuda, como podemos observar no CF de P7 (grupo controle) que fez as reveladoras afirmações: *Lamento... não ter me cuidado; Gostaria... de voltar no tempo; É difícil... administrar uma casa e ser mãe; A maternidade... é muito difícil; Frequentemente sinto... tristeza; A amamentação... foi um suplício; A depressão pós-parto... é uma realidade.*

Níveis de Depressão gestacional e puerperal:

Em função da sua grande relevância como fator de risco para DPP, destacaremos os resultados referentes aos níveis de depressão gestacional e rastreamento de DPP nos dois grupos, no Quadro 2:

Quadro 2 - Níveis de depressão gestacional e rastreamento de DPP nos dois grupos

	Suj	Resultado BDI	Grau Depressão	COX	Rastreamento DPP	A DPP.... (respostas ao CF)
Grupo-intervenção	P1	22	Moderada-severa	07	Negativo	... foi prevenida e não apareceu
	P2	10	Leve-moderada	11	Negativo	... graças a Deus não passei por esta fase
	P3	22	Moderada-severa	06	Negativo	... não fez parte do meu cotidiano
	P4	18	Leve-moderada	10	Negativo	... acredo que não tive a DPP
	P5	9	Ausente	11	Negativo	... passa bem perto
Grupo-controle	P6	14	Leve-moderada	04	Negativo	... não tive
	P7	22	Moderada-severa	20	Positivo	... é uma realidade
	P8	7	Ausente	06	Negativo	... graças a Deus não faz parte
	P9	4	Ausente	14	Positivo	... é complicada
	P10	8	Ausente	09	Negativo	... não tive

Interessante observar que dentro do grupo-intervenção apenas uma das colaboradoras não apresentou sintomas de depressão, de acordo com o Inventário Beck de Depressão (BDI) as outras quatro tiveram escore acima de 10; sendo duas com nível moderado-severo de depressão na gestação. Enquanto no grupo-controle, apenas duas colaboradoras tiveram escore na Beck maior que 10, sendo uma no nível moderado-severo e outra no nível leve-moderado; porém na maioria delas não se evidenciaram sintomas de depressão gestacional. Importante lembrar que a presença de depressão na gestação é um dos grandes fatores de risco para a DPP (Golse, 2002; Harvey, 2002; Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Zinga e col., 2005; Rosenberg, 2007).

Entretanto observamos que, no puerpério, ocorreu o inverso, nenhuma das gestantes acompanhadas no grupo-intervenção, que participaram do PNP desenvolveu depressão após o parto, enquanto duas das puérperas do grupo-controle, que não participaram do PNP, evidenciaram DPP, como pode ser visualizado no quadro 2.

Além dos testes, a análise das respostas do CF permitiu a reafirmação desses dados e reforçam a ausência de DPP no grupo intervenção. Por outro lado, das cinco colaboradoras do grupo-controle, duas delas (P7 e P9) evidenciaram escore positivo para rastreamento de DPP, na Escala COX, mas este índice poderia ser ainda maior, pois é preciso considerar que as colaboradoras do grupo intervenção

tinham um maior vínculo com as pesquisadoras ficando mais à vontade para falar sobre suas dificuldades e sentimentos relacionados à vivência do pós-parto, enquanto as colaboradoras do grupo-controle tinham uma tendência em não demonstrar seus sentimentos, pela pouca vinculação com as pesquisadoras. Com base nestes resultados, cabe questionar se a participação no PNP permitiu que, de alguma forma, a depressão fosse tratada ou minimizada e a depressão não emergisse no puerpério.

É importante esclarecer que todas as colaboradoras foram convidadas a participar do PNP e que nenhuma delas recebeu qualquer outro tratamento psicológico ou psiquiátrico na gestação e no pós-parto. Mas, depois de detectados indícios de DPP, as colaboradoras, tanto do grupo-intervenção quanto controle, foram encaminhadas para esses tratamentos pela equipe de pesquisa, pelo compromisso ético com elas.

Na última fase da pesquisa - a avaliativa: no encontro de *follow-up*, nos dados provenientes do instrumento de perfil puerperal e nos dados provenientes do questionário avaliativo, ficou evidente o impacto do PNP para cada colaboradora do grupo intervenção, quando elas fazem a avaliação de todo o trabalho desenvolvido no PNP e refletem sobre o que aprenderam, os mitos desfeitos, o apoio recebido: *o grupo me deu mais segurança* (P2), *foi importante para nos sentirmos mais seguras* (P3), *importante para não se sentir sozinha* (P1), *ajudou*

porque eu passei a me observar para ver se estava com DPP (P4), acho que o grupo contribui para a prevenção da depressão porque discutiu sobre os sonhos e desilusões e nos preparou para observar os sintomas depressivos e tentar evitá-los (P5). Para essas colaboradoras, observa-se que o grupo do PNP favoreceu para a desmistificação da maternidade, considerado na literatura um importante fator de risco para a DPP (Arrais, 2005; Maushart, 2006), o que pôde ir sendo aos poucos desmistificado no grupo, não sendo oferecida a mesma oportunidade para as colaboradoras do grupo-controle.

Destaca-se ainda que se criou um vínculo entre as gestantes tão forte que elas tornaram-se amigas, para além do grupo. Visitavam-se mutuamente, quando os bebês nasciam e mesmo após o encerramento do grupo elas continuavam a se encontrar ou a se falar por telefone. Entre as colaboradoras e as pesquisadoras a relação era de confiança e mesmo fora das sessões do PNP elas entravam em contato, para esclarecer dúvidas ou contar novidades sobre o desenvolvimento dos seus bebês e das suas maternagens.

Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar o potencial preventivo do PNP para a DPP. Todos os resultados anteriormente discutidos sugerem que o PNP atuou como fator de proteção para prevenção da DPP nas gestantes do grupo-intervenção, reforçando o caráter psicoprofilático deste tipo de trabalho apontado por Bortoletti (2007) e Cabral e colaboradores (2012). Acredita-se que os fatores de risco encontrados puderam ser minimizados por meio da abordagem psicoterapêutica das sessões do grupo de PNP, favorecendo a adaptação das puérperas neste período. A participação no grupo permitiu, por exemplo, a desmistificação da maternidade, favorecendo para que não houvesse um sentimento de estranhamento, decepção após o nascimento do bebê, *pois a sociedade “vende” uma maternidade idealizada, que raramente coincide com a realidade vivida por quem acaba de ter um bebê* (Arrais, 2005; Maushart, 2006). Quando a mulher se depara com essa realidade, surgem as dificuldades de exercer o papel de mãe, que é acompanhado de muitas mudanças.

A excessiva quantidade de resultados negativos na literatura atual demonstra que a DPP ainda não pode ser facilmente prevenida, afirmam Zinga e colaboradores (2005). Ao contrário dos seus achados majoritariamente negativos advindos de iniciativas educacionais e da melhoria da atenção às mães, Zinga e colaboradores (2005) encontraram estudos preliminares que utilizaram intervenções de enfoque psicoterapêutico específicas, sobretudo as realizadas em grupo, que mostraram alguns resultados promissores nos esforços para prevenir a ocorrência de DPP. Acreditamos que nosso estudo confirma esses achados, pois a realização deste trabalho possibilitou reafirmar o potencial preventivo do PNP para a DPP e favorecer a promoção da saúde da mulher, do casal e do bebê, alcançando assim o objetivo proposto pela pesquisa.

A metodologia da pesquisa-ação mostrou-se muito adequada e rica para acessarmos os resultados encontrados e foi fundamental para percebermos a proteção que o PNP oferece na gestação. Obviamente, nossos achados não podem ser interpretados de forma isolada de outros aspectos da vida da gestante e apenas sugerem que o PNP associado a outros fatores de proteção presentes na história das grávidas pode ajudar a prevenir a DPP. Um estudo futuro, com um número maior de colaboradoras, poderia ajudar a esclarecer como o PNP atua como fator de proteção para DPP.

Assim, defendemos que a assistência psicológica na gestação, por meio da utilização do PNP, é importante instrumento psicoprofilático, reafirmando a concepção de Bortoletti (2007); Cabral e colaboradores (2012), que ele é em si um fator de proteção, que, portanto minimiza o impacto dos fatores de risco presentes, e dessa forma diminui a possibilidade da DPP. Sabendo da alta incidência de depressão e após as evidências do caráter preventivo do PNP proposto neste estudo, seria interessante a ampliação da assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde, sendo complementada com o PNP. Esse tipo de serviço pode ser oferecido nas maternidades e centros de saúde, proposta viável por ser uma intervenção em grupo, abrangendo grande número de pessoas, podendo ser adaptado à realidade de cada comunidade. É importante instrumento psicoprofilático, de baixo custo, que pode ser implementado como uma política pública nos serviços de pré-natal do País.

Referências

- ARRAIS, A. R. *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante.* 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005.
- ARRAIS, A. R.; AZEVEDO, K. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. Depressão e gênero: porque as mulheres se deprimem mais que os homens? In: BATISTA, N. (Org.). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 50-59.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. *Beck depression inventory manual*. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.
- BORTOLETTI, F. F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: BORTOLETTI, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007. p. 37-46.
- BOTEGA, N. J.; DIAS, M. K. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 269-284.
- CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F.; ARRAIS, A. R. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, Valinhos, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2012.
- CANTILINO, A. et al. Postpartum psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 278-284, 2010.
- COX, J.; HOLDEN, J. *Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell, 2003.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da DPP em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.
- GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (Org.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília, DF: LGE, 2002. p. 232-248.
- GOMES, L. A. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, p. 117-123, 2010. Número especial.
- GONZÁLEZ-REY, F. L. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- HARVEY, E. *Depressão pós-parto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora, 2002.
- KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.
- LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.
- MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MAUSHART, S. *A máscara da maternidade: por que fingimos que ser mãe não muda nada?* São Paulo: Melhoramentos, 2006.
- MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.
- ROSENBERG, J. L. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: BORTOLETTI, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007. p. 109-117.

- RUSCHI, G. et al. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.
- SANTOS, M. F. S. *Depressão após o parto*. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.
- SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.
- SERRURIER, C. *Elogio às mães más*. São Paulo: Summus, 1993.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1992.
- TOSTES, N. A. *Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.
- ZACONETA, A. M.; MOTTA, L. D. C.; FRANÇA, P. S. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena de Obstetricia e Ginecología*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 209-213, 2004.
- ZINGA, D. et al. DPP: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, p. 556-564, 2005. Suplemento 2.

Recebido em: 19/06/2012
Reapresentado em: 07/06/2013
Aprovado em: 24/06/2013